Current Issue Review 88-6E

HEALTH POLICY IN CANADA

Joan Vance
Political and Social Affairs Division

8 April 1988
Revised 5 September 1991

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Research Branch

The Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

© Minister of Supply and Services Canada 1992

Cat. No. YM32-1-88-6-1991-09E

ISBN 0-660-14489-1

N. B. Any substantive changes in this publication which have been made since the preceding issue are indicated in **bold print**.

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

HEALTH POLICY IN CANADA

ISSUE DEFINITION

Responsibility for matters related to the health of Canadians is shared between the federal and provincial governments. Health policy can be divided into two categories: (1) health care and (2) health promotion. Most improvements in the health status of Canadians in the past have been attributed to health care measures. Certain demographic trends, however, suggest that hope for further improvements in the health of Canadians may lie in health promotion.

BACKGROUND AND ANALYSIS

A. Government Responsibility for Health

At Confederation, government involvement in health was minimal. People relied on their own resources and those of the family; hospitals were administered and financed by private charities and religious organizations. The only specific references to health matters in the *Constitution Act, 1867* allocated jurisdiction over marine hospitals and quarantine to the federal government and jurisdiction over hospitals, asylums, charities and charitable institutions to the provinces. Since the provinces were assigned all matters of a local or private nature, as governments became increasingly more involved in the health field, the provision of health services was acknowledged as primarily a provincial responsibility. Federal government involvement came about largely as a result of the spending powers given to that level of government in the Constitution.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

The principal federal department for health matters is Health and Welfare Canada, which pursues the objective of maintaining and improving the health of Canadians in conjunction with other federal agencies and with provincial and local governments. The federal government is responsible for payments to provincial health insurance programs covering hospital, diagnostic, medical and extended health care services, as provided for in legislation (health care). This involves federal monitoring of provincial compliance with basic program conditions on which federal payments depend. The federal government also carries out a wide range of activities intended to protect Canadians from hazards to health. These activities include protection of food safety and nutritional quality, the safety and effectiveness of drugs and medical services and reduction and monitoring of environmental health hazards such as smoke, dangerous chemicals, radioactivity and disease (preventive health). Through the Federal Centre for AIDS, the federal government is also involved in prevention and control of the spread of HIV infection.

In the area of health promotion, the federal government, in cooperation with the provincial governments and non-government organizations, develops and delivers health education and information in areas such as nutrition, drug and alcohol use, smoking, and family, child and individual health care.

The federal government has special responsibilities for the health of aboriginal people, residents of the Yukon, immigrants and public servants at home and abroad. In addition, the federal government pays 50% of the cost of various health and social services to persons in need under the terms of the Canada Assistance Plan. It also supports scientific research and related activities and provide for the training and maintenance of health research personnel. Finally, physical fitness is promoted, encouraged and developed through the Fitness and Amateur Sport Program of Health and Welfare Canada.

The formal structure established to facilitate federal-provincial cooperation in the health field consists of a Conference of Ministers of Health and a Conference of Deputy Ministers of Health who meet periodically. Additional bodies which deal with particular health issues

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

92-05750/

are federal-provincial advisory committees on Institutional and Medical Services, Community Health, Health Human Resources, Mental Health, International Health Affairs and Environmental and Occupational Health.

B. The Health Care System

Canada provides universal health insurance coverage for its population through health insurance programs jointly financed by federal, provincial and territorial authorities. These authorities design their own health insurance programs following national standards codified in the *Canada Health Act*.

To qualify for full federal cash contributions, provincial plans must meet the following minimum criteria: (1) universal population coverage; (2) comprehensiveness of coverage; (3) reasonable access to service: (4) portability of benefits; and (5) administration by a public agency on a non-profit basis. These criteria are intended to ensure universal access for Canadians to pre-paid hospital and medical care.

The *Canada Health Act* does not specify what benefits are required in a "comprehensive" program and provinces and territories can and do include additional benefits that are not required under the national standards.

Provincial and territorial health insurance plans must cover medically necessary hospital services, physician services and certain surgical dental procedures. Provinces are not required to insure residents for the costs of eyeglasses, outpatient prescriptive drugs, general dental care and semi-private or private hospital accommodation. However, most provinces include an outpatient prescription drug benefit for the elderly and individuals who qualify for social assistance.

Coverage of long-term care is not required under the *Canada Health Act* but the federal government makes an equal per capita contribution to the provinces and territories in support of nursing home care, home care and ambulatory health care.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

While they cannot impose user fees or extra-billing without losing federal financial support, provinces have considerable latitude in determining how their shares of health care costs are financed. They may institute insurance premiums or sales taxes, use general revenue or adopt a combination of approaches. Health insurance is the single largest program funded by provincial governments, but there is considerable variation in jurisdictions as to the amount of resources devoted to health care and the rate by which health care costs are increasing.

C. Financing the Health Care System

In addition to the power to legislate in certain areas, the *Constitution Act, 1867* gave the federal government the power to spend moneys from the consolidated revenue fund on any activity, providing that the legislation authorizing the expenditure did not fall within provincial powers. This spending power enabled the federal government to make payments to the provinces and persons in the health field, for example, to hospital and medical care insurance programs, health grant programs, health resources and fitness and amateur sport. It also enabled the federal government to provide consultation and information services and to undertake research.

This national health insurance system was initially achieved through two pieces of legislation: the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, 1957 and the Medical Care Act, 1966.* Federal financing in relation to both Acts was extended to provincial plans through a 50-50 cost-sharing plan. This arrangement presented problems for both federal and provincial governments. The federal government found the agreement too open-ended and the provinces complained about its inflexibility in relation to the allocation of resources. A new 'block-funding' program was introduced with the passage of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act* (EPF) in 1977.

"Block funding" gave each province a set amount of federal money, based on its population. The amount of the block fund for each province was to increase at the rate of growth in population and the growth in gross national product (GNP). Part of the federal contribution to the

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

provinces was given in cash and part in tax points. When block funding started, the federal government cut personal income taxes by slightly over 9% and the provinces raised their taxes by the same amount and therefore taxpayers noticed no difference. Combined with earlier federal tax transfers, this gave the provinces 13.5% points of personal income tax and 1% of corporate income tax. The balance of the federal contribution under the block-funding formula was paid in cash.

In the EPF arrangements, federal payments are calculated independently of provincial expenditures; the provinces are required to spend the federal contribution in the health field but not necessarily to make matching expenditures. With the expiry of controls on incomes and prices in 1978, the latter part of that year and 1979 saw large increases in the number of doctors extra-billing, more militancy among nurses and other unionized hospital groups, and charges that, as a result of the EPF, the provinces were diverting federal "health contributions" to non-health purposes. The federal government established a commission of inquiry (the *Health Services Review '79)* to investigate these issues. The Commission reported that the provinces were not diverting federal health contributions but that extra-billing and user charges would clearly destroy the program "creating in that downward path a two-tier system incompatible with the societal level which Canadians have attained." The Commission further recommended binding arbitration as a solution to the problem of fee negotiations between the government and physicians. Manitoba, Nova Scotia, Saskatchewan and Alberta accepted the concept of binding arbitration with their medical communities in the mid-1980s. The Manitoba government cancelled the arrangement in 1988, however, when the doctors received awards which the government considered were too generous. In August 1990, binding arbitration with doctors in Manitoba was reinstated after a 47-hour strike.

In 1980, a House of Commons Task Force was appointed to examine federal-provincial fiscal relations, including the impact of EPF, and to consider whether a sufficient proportion of national resources were being committed to meet essential health care needs. In its report, *Fiscal Federalism in Canada*, the Task Force concluded that federal funding for health care services was generally adequate although specific areas, such

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

as preventive health, might require expansion. The Task Force reinforced the recommendations of the Health Services Review with respect to extra-billing and user fees, going further with recommendations for financial penalties against provinces that permitted such practices. The Health Services Review and the House of Commons Task Force paved the way for the *Canada Health Act*.

In 1984, the provisions of the two previous insurance acts were consolidated in the *Canada Health Act* reaffirming the program conditions and providing financial penalties for provinces permitting extra-billing and hospital user fees, practices which, from the federal point of view, violated minimum standards required for federal financial support. The federal government laid out its position in a White Paper, *Preserving Universal Medicare*, in 1983. The proposals in this paper were heatedly and widely debated by governments and affected interest groups. Nevertheless, the *Canada Health Act* was proclaimed law 17 April 1984, its automatic sanctions to become effective 1 July 1984. For every $1 the provinces received in extra-billing and hospital user fees, $1 of the federal cash contribution for health under EPF arrangements was withheld. Those provinces ending the unapproved practices within three years could and did recover the lost grants in 1987. After significant federal-provincial conflict on these issues, all provinces complied with the *Canada Health Act* by the 1 April 1987 deadline.

A number of times since 1977, the federal government has limited the overall growth in the block fund. In 1986, it was reduced from the rate of GNP growth to GNP growth minus two per cent. Bill C-69, in early 1991, froze federal transfers for two years (1990/1991 and 1991-1992) and, after that, reduced growth to GNP minus three percent. The February 1991 federal budget extended the freeze on EPF payments through 1994-1995. Since the money raised by the tax points continues to grow, all the reductions in the growth of the block fund come out of the federal cash transfers. This means that the cash portion of federal block funding shrinks over time and some observers fear that the federal government will be unable to enforce the standards of the *Canada Health Act*. The federal government could lose its leverage to withhold cash transfers to the

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

provinces in the event that the provinces allow user fees or extra billing. It is similarly argued that financial pressures on the provinces to limit services will be very strong.

D. Challenges Facing the Health Care System

In 1985, the overall cost of health in Canada, including expenditures by the private sector and all levels of government, was 18 times that in 1960. Health care now accounts for a large portion of provincial government budgets; e.g., approximately one quarter in New Brunswick and one third in British Columbia and Ontario. As much as 85% of this health expenditure is for doctors and hospitals and they are being pressured by governments to help contain health care costs. People over 65 years of age are heavy users of the health care system and there is concern that the aging population which is expected to double within the next 50 years, will overburden the system and further increase health care costs. Most seniors are not sick, however; a small group of "frail elderly," over 85 years, are the heavy users of health care. Most research suggests that it is elderly people's heavy and often inappropriate use of health care, not their numbers, which is the problem that must be addressed. Canada can draw on the experience of European countries, who have had for the past 20 years the same percentage of elderly people as Canada expects to have by 2031. At the same time, governments are emphasizing alternatives to the sickness care system and a redirection of funds toward home care services and community-based health clinics and toward fighting the causes of disease and disability, such as drinking, smoking and pollution. Community organizations are urging governments to intervene to reduce poverty, which they view as an important precursor of poor health and disability. Research finds that, while the disparity in life expectancy between rich and poor is diminishing, the size of the gap remains large. Similarly, while infant mortality has been cut nearly in half since 1971, the rate among the poor remains almost double that among the rich.

Traditionally, the health care system has been based on a medical model of health and has consequently focused on treatment and prevention of illness and premature death. The burden of ill-health has

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

been enormously relieved since Confederation. Original improvements came with socio-economic developments and public health measures associated with the development of medical science. The passage of the *Food and Drugs Act* in 1920, for example, led to the protection of the food and drug supply. Other pieces of legislation, including the *Meat Inspection Act*, the *Fish Inspection Act* and the *Consumer Packaging and Labelling Act*, were important legislative tools in maintaining and improving the nutritional value of food. These serve as examples of the numerous cases where health policy requires cooperation among several government departments, e.g., Agriculture Canada, Fisheries and Oceans and Consumer and Corporate Affairs. There were decreases in morbidity and mortality rates and, after the middle of this century, major changes in disease patterns. Many once prevalent infectious diseases, such as smallpox and diphtheria, for example, were virtually eliminated. Gradually, nationwide health insurance, which would provide greater access to better health care services for the population in general, began to be considered.

Proposals for a national health insurance plan including both hospital and medical care, were part of the *Green Book Proposals* for postwar reconstruction in 1945. While these proposals did not become a reality at that time, national health insurance did become a matter of public concern and debate. Saskatchewan started its hospital insurance plan in 1947, well before federal assistance was available, and the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* brought a national program of hospital insurance in 1957. The *Royal Commission on Health Services* (the Hall Commission) reported in 1964 that "the fruits of health sciences" were still not accessible to all Canadians and recommended a universal health services program for all Canadians as the "most effective use of the nation's health resources to attain the highest possible levels of physical and mental well-being." In 1966, the *Medical Care Insurance Act* provided for public medical insurance. The 1984 *Canada Health Act* consolidated the two previous Acts and made the abolition of extra-billing and hospital user fees a condition of federal funding.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Since the advent of medicare the fee-for-service system and discretionary decision-making powers of physicians have come under increasing pressure. With the end of extra-billing, individual physicians ceded to provincial governments discretion over the price of their services. Controversy continues around administrative charges, the definition of insured services and overall increases in the fee schedule. Some research suggests that, faced with fee constraints, physicians may increase the number of patient visits and the number of services provided. According to this view, there must ultimately be controls on "utilization." An alternative strategy, now being tried by some provincial governments, particularly Quebec and Ontario, is to establish group practices and clinics funded on a per capita or global budget basis (similar to Health Maintenance Organizations in the United States) under contract to a government insurance plan. Ontario is the first province to consider a bill to license, regulate and finance independent health clinics.

Some experts still argue that, due to rising health care costs, the *Canada Health Act* may have to be amended to allow charging patients for "non-essential" medical and hospital services and thus keep down the demand for such services, which they see as fuelling rising health care costs. Others reject this solution, fearing that the definition of "non-essential" will be so broad and arbitrary as to infringe on the principle of universal access to health care. Attempts by the Alberta government to de-insure tubal ligations and vasectomies, by the British Columbia government to refuse medicare coverage for abortions and by the New Brunswick government to charge cancer patients a fee for out-patient beds in hospitals were all eventually abandoned in the face of public protest or, as in the British Columbia case, were thwarted by the courts. More recently, the British Columbia government restricted funding for mammography in the early detection of breast cancer.

Nurses and other health care workers have also resisted some strategies to reduce health costs which they view as contrary to their interests. Strikes by nurses in British Columbia, Saskatchewan, Alberta and Quebec are symptomatic of this trend.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

The controversy concerning the funding of the "health care system" continues. Meanwhile, provincial governments must deliver the health care services which the public has come to expect. British Columbia is the first province to enter into a formal agreement to send patients to the United States for heart by-pass surgery to help clear a backlog for such surgery. Media reports suggest that the Ontario Health Insurance Plan paid out as much as $30 million to addiction treatment centres in the United States in 1990. Critics fear that these arrangements will increase the pressure on health care funding. Additional demands on funding can be expected to be made as a result of such factors as the increasing number of elderly people, the AIDS epidemic and the striking down by the Supreme Court of Canada of the abortion law. The situation faced by the provinces is further complicated by the high costs of expanding medical technology, an impending surplus of physicians, fee demands, wage and salary negotiations with professionals and workers in the field and a lack of incentives for hospital efficiency. Many provinces, including Quebec, Ontario, Alberta, Nova Scotia, New Brunswick and Saskatchewan, have undertaken major studies of their health care systems and the provincial premiers announced, in August 1988, that they will study the funding of health care in the future in three national symposiums next year. There is concern generally about the cost of continuing to provide health services based on the traditional medical model.

A national centre to co-ordinate the assessment of new health technology was announced in December 1989 by the federal and provincial health ministries. The centre will act as a clearing-house to share information on new health technology.

Many health care professionals argue that the health of Canadians is being seriously jeopardized by underfunding of the health care delivery system. The June 1990 report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Accessibility to Hospital Services - Is There a Crisis?*, concludes that, unless action is taken without delay, Canada does in fact face a national crisis in accessibility to health services. The federal government and health policy analysts tend to argue that putting more money into the existing system will not necessarily

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

improve the present health status of the population. They claim that improved health and controlled costs, will be best achieved through an emphasis on health promotion and prevention of illness. Dr. Robin Walker, Vice-President of the Canadian Council on Children and Youth, told the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, on 2 May 1988, that the savings from reducing the low birth weight rate, even by 1%, would be millions of dollars a year. The cost of caring for each of Canada's surviving underweight babies is about $100,000 annually. The incidence of low-birth weight babies is highest in populations characterized by young mothers with poor overall health care and lifestyles. Clearly, preventive measures and health promotion programs aimed at modifying practices and conditions that are detrimental to health (e.g., obesity, poor diet, inactivity, substance abuse) would improve the health status of many Canadians and relieve some of the pressure on health care funding in the longer term. In the meantime, many observers see the need for new and innovative approaches to managing delivery of health care services in order to make good quality care more accessible and cost-efficient.

There has been much conjecture and controversy concerning the possible effects of the Canada-U.S. Free Trade Agreement (CUSFTA) on this country's health care system. There is considerable agreement among experts in the field that the CUSFTA will lead to more private management of Canadian health care institutions and programs but there is no corresponding consensus on whether this trend poses a threat to medicare. Proponents of privatization argue that governments can no longer afford the rising costs of health care and that in the interests of efficiency, effectiveness and responsiveness they must increasingly encourage involvement by the private sector. The United States has the foremost and largest firms in this field and has shown a long-time interest in expanding these services in Canada. According to critics, profit-motivated health care corporations will undermine the health care system by creaming off the profitable areas. The result will be a two-tiered system of health care, with one standard of service for those who can afford private health services and another but lower standard for those who cannot afford them. As an example of such a system, these critics single out the United States,

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

where those who can afford it enjoy a very high standard of health care while approximately 35 million citizens have no health insurance coverage at all. In addition, in the United States, health care accounts for 10.6% of GNP as compared to only 8.6% of GNP in Canada.

E. Health Promotion

In the early 1970s and 1980s, demographic and disease trends indicated that hope for further improvements in the health status of Canadians lay in the area of health promotion. Trends such as the aging of the population and the high incidence of certain diseases and disabling conditions related to lifestyle, e.g., cardiovascular disease, cancer, accidents and mental illness, led to a new emphasis on the reduction of risk to health, early detection of health problems and improvements in rehabilitation and coping strategies. In 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document,* published by Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare, spelled out guidelines for a health planning approach.

Health promotion, though similar to the preventive measures associated with the "old public health" concept is a "holistic" approach that focuses on the total population in the physical and social environment. It is related to matters such as environmental pollution, family violence, highway accidents, stress and workplace hazards which, strictly speaking, are outside the realm of health policy. Health promotion, therefore, entails the coordination of health policy with other policies. This "new public health" is also holistic in the sense that it focuses on whole individuals in their total day-to-day environment. Health, in this view, is considered as a state for which people strive and not as merely the outcome of curing, treating or preventing illness and injury. Within the health field itself, health promotion implies the sharing of responsibility and resources by governments and health professionals with individuals planning their personal health strategies, and with community and other support groups not previously regarded as part of the health care team.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

In 1977, Canada endorsed the health planning program and policy initiative of the World Health Organization (WHO), *Health For All by the Year 2000.* Influenced by the Lalonde Report, Health and Welfare Canada and Statistics Canada conducted a health survey in 1978-79 which, unlike previous health surveys, was based on a health promotion approach. This *Canada Health Survey* collected information not only on disease and disability but also on demographic correlates of lifestyle and preventive health practices. In 1985, the *National Health Promotion Survey* updated the information in the previous survey and provided comprehensive information on people's knowledge of and attitudes toward their behaviour. A key finding of this second survey was that knowledge about health matters and belief in their importance do not necessarily lead to better health or changed behaviour. In other words, providing information alone is not an adequate preventive health strategy. In November 1986, Mr. Epp, Minister of National Health and Welfare, presented a plan for health promotion in a paper at the *International Conference on Health Promotion* in Ottawa. In this paper, *Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion,* three challenges to the Canadian health system identified in the Health Promotion Survey were discussed:

(1) the low health status of low-income groups, children, women, the elderly, natives and immigrants;

(2) the need to prevent harmful lifestyles and behaviours such as drinking, smoking and consumption of high fat diets which contribute to high incidence diseases such as lung cancer, liver disease, cardiovascular disease and accidents;

(3) the need for individuals, families and communities to develop coping mechanisms to deal with chronic health problems associated with aging, mental illness and other socially and physically disabling conditions.

The best mechanisms for addressing these challenges, the paper suggests, are: <u>self-care</u>, where people take an interest in and make decisions about their own health; <u>mutual aid</u>, where people help each other to cope; and <u>healthy environments</u>, conditions and surroundings conducive to health. Three strategies suggested in the paper for establishing these mechanisms

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

were: (1) fostering public participation; (2) strengthening community health services; and (3) coordinating public health policy.

There have been some accomplishments in health promotion: greater public awareness of the benefits of fitness and proper nutrition; government anti-smoking campaigns; legislation making the use of seat belts compulsory; and allocation by the federal government of $30 million annually to improve the quality of life of the elderly through self-care projects and education. Health promotion policy is only just beginning to touch the sickness care system itself. Alternatives to long-term hospitalization of the elderly and rehabilitative services for them after release from hospital are being developed and inexpensive preventive and self-help programs are being established to make more rational use of health personnel and resources.

Increasingly greater numbers of health professionals and experts agree that there are long-term savings and benefits in pursuing the goals of health promotion and disease prevention rather than treating sickness after it occurs. Recent health promotion initiatives include a federal program to fight alcohol and drug abuse in elementary and high schools. The federal and Manitoba governments announced a new research centre in Winnipeg to design and market special health care products and services which will help elderly people and the disabled live safely in their own homes. Some health observers suggest that reorienting the health system will probably not come about until it is demanded by a public which sees such reorientation as superior to the scientific and technological approach of the existing system.

Some health experts see employment trends as very relevant to public health. The trend away from secure full-time jobs toward part-time minimum wage positions, they fear, will contribute to poverty and poorer health in Canada. People living in poverty tend to have poor nutrition and a sense of hopelessness that may lead them to have less caution in adopting a lifestyle which might contribute to potential health problems. Such employment trends could reverse the gains made to date in promoting healthy lifestyles.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

The health status of native people and the level and appropriateness of native health services are demanding more attention. A federal inquiry into native health services began in September 1988 following a hunger strike by four Cree protesting about the services at Sioux Lookout Zone hospital in Ontario.

PARLIAMENTARY ACTION

The *Constitution Act, 1867* made few direct references to government responsibility for health because governments had only minimal involvement in the field at that time.

The *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, 1957* introduced a national hospital insurance program.

The *Medical Care Act, 1966* introduced a national medical insurance program.

The *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977* changed the cost-shared funding arrangements for health insurance between the federal and provincial governments to block funding.

The *Canada Health Act, 1984* (Bill C-3) consolidated the provisions of the two previous insurance acts and reaffirmed and strengthened the federal government's commitment to universal prepaid national health insurance.

The *Act to Amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements* 1977 (C-96) 1986 reduced the growth of the block grant from the rate of GNP to GNP growth minus 2%.

The *Government Expenditures Restraint Act* (C-69) 1991 froze the block grant for two years (1990-91 and 1991-92) and after that reduced growth to GNP minus 3%. The 1991 budget extended the freeze to 1994-95.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

CHRONOLOGY

1867 - The only references to health in the *Constitution Act* allocated responsibility for marine hospitals and quarantine to the federal government and jurisdiction over hospitals, asylums, charities and charitable institutions to the provinces.

1957 - The *Green Book Proposals* on postwar-reconstruction contained recommendations for a national health insurance program.

1957 - The *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* introduced national hospital insurance.

1964 - The report of the Royal Commission on Health Services (the Hall Commission) advocated a national medical insurance program.

1966 - The *Medical Care Act* provided for a national medical insurance program.

1974 - Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare, published *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document* which offered a new health planning approach.

1977 - The *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act* made it a condition of federal payments that a province must show that its plan satisfied the federal medicare criteria.

1980 - The *Health Services Review '79* reported that extra-billing by physicians and hospital user fees were endangering the principle of reasonable access to health care.

1980 - The House of Commons Task Force, while reinforcing the Health Services Review recommendations for financial penalties for provinces continuing to permit extra-billing and user fees, concluded that federal funding for the health care system was adequate.

1981 - The *Health of Canadians: Report of the Canada Health Survey* was released offering information not just on disease and disability but also on lifestyle, environment and socio-economic factors related to health.

1984 - The *Canada Health Act* consolidated the two previous Acts and reaffirmed and strengthened the federal commitment to universal prepaid public health insurance.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

June 1986 - The *Act to Amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements 1977* restricted the growth in federal transfers to the provinces to growth in GNP minus 2%.

November 1986 - The Federal Minister of National Health and Welfare, J. Epp published a discussion paper, *Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion.* The paper, presented at the International Conference on Health Promotion, outlined a health promotion policy for Canada.

April 1987 - The main findings of the 1985 *National Health Promotion Survey* were published in the *Active Health Report.* For the first time, information on knowledge about and attitudes toward certain lifestyle behaviours and preventive health practices were gathered as a basis for an informed health promotion strategy.

September 1988 - The House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare, in its *Interim Report on the Canadian Health Care System: Facts and Issues,* identified institutional care, health manpower, medical technology, health promotion, accessibility and financing as issues which need to be addressed if the health care system is to continue to provide high quality care at a cost that Canadian society can afford.

June 1990 - The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology tabled its report, *Accessibility to Hospital Services - Is There a Crisis?* The report concludes that action must be taken immediately to avoid a crisis of access to acute care. It is possible, according to this report, to curtail health care costs and still provide excellent health care.

February 1991 - The *Government Expenditures Restraint Act* froze transfers to the provinces for two years (1990-91 to 1991-92) and after that reduced its growth to GNP minus 3%.

June 1991 - The House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women tabled its report, *The Health Care System in Canada and its Funding: No Easy Solutions.* The report concludes that the health care system does face a variety of challenges, many of which cannot be solved by simply increasing spending on the system as it currently exists. The need for more cost-effective and appropriate distribution of resources in a system that recognizes that health goes well beyond hospital and medical care is emphasized.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

SELECTED REFERENCES

Bégin, Monique. *Medicare: Canada's Right To Health.* Optimum Publishing International, Montreal, 1984. English translation, Ottawa, 1988.

Crichton, Anne, Ph. D., and David Hsu, M.D. with the assistance of Stella Tsang. *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization.* Canadian Hospital Association Press, Ottawa, 1990.

Epp, J., Minister of National Health and Welfare. *Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion.* Ottawa, 1986.

Evans, Robert G. and Greg L. Stoddart, eds. *Producing Health, Consuming Health Care.* Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, Working Paper #90-6, Hamilton, 1990.

Hall, Emmett M., Special Commissioner, Health Services Review '79. *Canada's National-Provincial Health Program For The 1980s: A Commitment For Renewal.* Ottawa, 1980.

Health and Welfare Canada. *The Active Health Report - Perspectives On Canada's Health Promotion Survey, 1985.* Minister of Supply and Services. Ottawa, 1987.

Johnson, A.W. *Social Policy In Canada: The Past As It Conditions The Present.* The Institute for Research on Public Policy. Ottawa, 1987.

Lalonde, Marc. Minister of National Health and Welfare. *A New Perspective on The Health of Canadians: A Working Document.* Ottawa, 1974.

Lewis, Steven J. *Aging and Health: Linking Research and Public Policy,* Lewis Publishers, Michigan, 1989.

Manga, Pran. *The Canada-U.S. Free Trade Agreement: Possible Implications on Canada's Health Care System.* Economic Council of Canada, Discussion Paper No. 348, Ottawa, May 1988.

Rachlis, Michael, M.D. and Carol Kushner. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix it.* Collins Publishers, Toronto, 1989.

Regush, Nicholas. *Condition Critical: Canada's Health Care System.* Macmillan, Toronto, 1987.

Scarpaci, Joseph L., Editor. *Health Services Privatization in Industrial Societies.* Rutgers University Press, New Brunswick, 1989.

Sutherland, Ralph W. and M. Jane Fulton. *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services.* The Health Group, Ottawa, 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Taylor, Malcolm G. *Health Insurance and Canadian Public Policy.* Second Edition. McGill-Queen's University Press, Kingston and Montreal, 1987.

Tuohy, Carolyn J. "Medicare and the State in Canada: The Extra-Billing Issue in Perspective." *Canadian Journal of Political Science,* XXI:2, June 1988.

White, Franklin, M.D. "The Environment of Medicine in the 21st Century: Implications for Preventive and Community Approaches." *Canadian Medical Association Journal.* Vol. 136. March 1987.

Wilkins, Russell, Owen Adams and Anna Brancker. *Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986: Diminishing Absolute Differences, Persistence of Relative Inequality.* Health Policy Division, Health and Welfare Canada and the Health Division, Statistics Canada, Ottawa, June 1989.

Bulletin d'actualité 88-6F

LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA

Joan Vance
Division des affaires politiques et sociales

Le 8 avril 1988
Révisé le 5 septembre 1991

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1992

Nº de cat. YM32-1-88-6-1991-09F

ISBN 0-660-93739-5

N. B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractère gras**.

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA

DÉFINITION DU SUJET

Ce qui se rapporte à la santé des Canadiens relève à la fois du gouvernement fédéral et des provinces. La politique en matière de santé comporte deux volets: d'une part, les soins de santé et, d'autre part, la promotion de la santé. L'amélioration de l'état de santé des Canadiens observée par le passé a surtout été attribuée à des mesures de soins de santé. Certaines tendances démographiques nous permettent cependant de croire que des initiatives de promotion de la santé pourraient aider les Canadiens à améliorer encore leur santé.

CONTEXTE ET ANALYSE

A. La responsabilité du gouvernement dans le domaine de la santé

À l'époque de la Confédération, le gouvernement s'occupait très peu de la santé de la population. Chacun comptait sur ses propres ressources et celles de sa famille; les hôpitaux étaient administrés et financés par des oeuvres de charité privées et des organismes religieux. Dans la *Loi constitutionnelle de 1867*, les seules mentions explicites de questions relatives à la santé accordent au gouvernement fédéral la compétence en ce qui concerne les hôpitaux de marine et la quarantaine et font relever des provinces les hôpitaux, les asiles et les institutions et hospices de charité. Comme toutes les questions de caractère local ou privé étaient confiées aux provinces, lorsque les gouvernements se sont engagés de plus en plus dans le domaine de la santé, on a considéré que les

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

services de santé relevaient surtout des gouvernements provinciaux. La contribution du gouvernement fédéral dans ce domaine a résulté en grande partie des pouvoirs de dépenser que la Constitution lui confère.

Le ministère fédéral auquel les questions relatives à la santé incombent au premier chef est Santé et Bien-être social Canada, dont l'objectif est de préserver et d'améliorer la santé des Canadiens de concert avec d'autres organismes fédéraux, les gouvernements provinciaux et les municipalités. Comme le prévoit la loi (soins de santé), le gouvernement fédéral contribue financièrement aux régimes provinciaux d'assurance-maladie qui offrent les soins hospitaliers, les soins diagnostiques, les soins médicaux et les soins de longue durée. Cela l'amène à s'assurer que les régimes provinciaux respectent les critères de base dont ses paiementsdépendent. Le gouvernement fédéral s'occupe aussi d'un large éventail d'activités conçues pour protéger la santé des Canadiens, notamment assurer la sûreté et la valeur nutritive des aliments, assurer l'innocuité et l'efficacité des médicaments et des appareils médicaux, ainsi que surveiller et contrôler les facteurs de risque pour la santé présents dans l'environnement, tels que la fumée, les produits chimiques dangereux, la radioactivité et les maladies (médecine préventive). Par l'entremise du Centre fédéral sur le SIDA, le gouvernement fédéral effectue aussi des recherches en vue de trouver des moyens de prévenir et de contrôler l'infection par le VIH.

Sous le rapport de la promotion de la santé, le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et les organismes non gouvernementaux, met au point et applique des programmes de sensibilisation et d'information sur la santé dans des domaines comme l'alimentation, l'alcoolisme et les toxicomanies, le tabagisme, les soins aux enfants ainsi que l'hygiène familiale et personnelle.

Il a une responsabilité toute spéciale à l'égard de la santé des autochtones, de la population du Yukon, des immigrants et de ses fonctionnaires, qu'ils travaillent au Canada ou à l'étranger. De plus, le gouvernement fédéral rembourse 50 p. 100 du coût de différents services sanitaires et sociaux aux personnes nécessiteuses, aux termes du Régime d'assistance publique du Canada. Il appuie aussi la recherche scientifique et les activités connexes et assure la formation et le perfectionnement des

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

chercheurs du domaine de la santé. Enfin, il fait la promotion de la bonne condition physique et encourage les Canadiens à faire de l'exercice dans le cadre du Programme de la condition physique et du sport amateur de Santé et Bien-être social Canada.

La structure officielle créée pour faciliter la coopération fédérale-provinciale dans le domaine de la santé consiste en deux conférences périodiques: la Conférence des ministres de la Santé et la Conférence des sous-ministres de la Santé. D'autres organismes s'occupent également d'aspects particuliers de la santé, notamment les comités consultatifs fédéraux-provinciaux en matière de services en établissement et de services médicaux, de santé communautaire, de ressources humaines du secteur de la santé, de santé mentale, d'affaires internationales relatives à la santé, ainsi que d'hygiène du milieu et de santé au travail.

B. Le système de soins de santé

Le Canada assure une protection médicale universelle à sa population grâce à des programmes d'assurance-maladie financés conjointement par le gouvernement fédéral et par les autorités provinciales et territoriales. Ces autorités déterminent leurs propres programmes d'assurance-maladie, conformément aux normes nationales qui sont entérinées dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour être pleinement admissibles aux contributions fédérales en espèces, les régimes provinciaux doivent satisfaire aux critères minimums suivants: 1) la protection universelle de la population; 2) l'intégralité de la protection; 3) l'accessibilité raisonnable aux services; 4) la transférabilité de la protection; et 5) l'administration du régime par un organisme public à but non lucratif. Ces critères visent à assurer aux Canadiens un accès universel à des soins médico-hospitaliers d'après un régime contributif.

La *Loi canadienne sur la santé* ne précise pas les services qui sont prévus dans un programme "intégral", et les provinces et territoires peuvent inclure (et ils le font) des services additionnels qui ne sont pas exigés en vertu des normes nationales.

Les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux doivent assurer le coût des services hospitaliers, des services de médecins

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

et de certains actes de chirurgie dentaire qui sont médicalement nécessaires. Les provinces ne sont pas de tenues de défrayer les résidents du coût de verres correcteurs, des médicaments prescrits en externe, des soins dentaires généraux et de l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée. La plupart des provinces prévoient toutefois la gratuité des médicaments prescrits en externe aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Même si la couverture des soins à long terme n'est pas obligatoire en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires une contribution égale au prorata de la population pour les aider à payer le coût des soins en centre d'acceuil, des soins à domicile et des soins ambulatoires.

Même si elles ne peuvent imposer de frais modérateurs ou recourir à la surfacturation sans risquer de perdre l'aide financière du gouvernement fédéral, les provinces ont toute la latitude voulue pour décider du financement de leur part des coûts de santé. Elles peuvent imposer des primes l'assurance et des taxes de vente, utiliser les recettes générales ou recourir à une combinaison de solutions. Même si les régimes d'assurance-maladie prennent à eux seuls la part du lion des budgets des provinces, il existe des écarts considérables quant aux ressources que chaque administration consacre aux soins de santé, ainsi qu'un rythme de croissance des coûts de santé.

C. Le financement du système de soins de santé au Canada

Outre le pouvoir de légiférer dans certains domaines, la *Loi constitutionnelle de 1867* confère au gouvernement fédéral celui de dépenser comme il l'entend des sommes provenant du trésor à condition que les lois autorisant ces dépenses n'empiètent pas sur les champs de compétence provinciale. Grâce à ce pouvoir, le gouvernement fédéral peut faire des paiements aux provinces et aux particuliers dans le domaine de la santé, notamment pour le financement d eprogrammes d'aussurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, de programems de subventions et de ressources en matière de santé et de subventions à la condition physique et au sport amateur. Il peut aussi assurer des services de consultation et d'information et réaliser des programmes de recherche.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'établissement du régime national d'assurance-maladie s'est d'abord fait au moyen de deux lois: la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957, puis la *Loi sur les soins médicaux* de 1966. Ces deux lois prévoyaient que la contribution financière fédérale représenterait la moitié des coûts des régimes provinciaux. Cet arrangement a causé des problèmes aux gouvernements des deux niveaux. Le gouvernement fédéral trouvait que cette formule n'était pas assez limitative, tandis que les provinces se plaignaient de son manque de souplesse sous le rapport de l'affectation des ressources. La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*, adoptée en 1977, a mis en place un nouveau mécanisme de financement global.

Avec la formule de "financement global", le gouvernement fédéral verse aux provinces un montant déterminé qui est calculé en fonction de leurs populations respectives. Ce montant est censé augmenter proportionnellement à l'accroissement de la population et à l'augmentation du produit national brut (PNB). Une partie de la contribution fédérale aux provinces est versée en espèces, une autre en points d'impôt. En instituant le financement global, le gouvernement fédéral a réduit l'impôt sur le revenu des particuliers d'un peu plus de 9 p. 100, et les provinces ont augmenté leurs taxes d'un montant équivalent, de sorte que les contribuables n'ont pas senti la différence. Combinée avec les transferts existants de taxes fédérales, cette formule donne aux provinces 13,5 p. 100 de points d'impôt sur le revenu des particuliers et 1 p. 100 de points d'impôt sur les sociétés. Le reste de la contribution fédérale en vertu de la formule de financement global est versé en espèces.

Dans les arrangements sur le financement des programmes établis, les paiements fédéraux sont calculés indépendamment des dépenses provinciales; les provinces doivent dépenser la contribution fédérale dans le domaine de la santé, mais ne sont pas tenues d'engager des dépenses correspondantes. À la fin de 1978 et en 1979, après qu'eut pris fin le programme de contrôle des prix et des salaires, on a observé une forte augmentation du nombre de médecins pratiquant la surfacturation ainsi qu'un accroissement du militantisme au sein du personnel infirmier et des autres groupes syndiqués des hôpitaux; de plus, après l'adoption des mécanismes de

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

financement des programmes établis, les provinces ont été accusées d'utiliser les contributions fédérales au titre de la santé afin de financer des programmes dans d'autres domaines. Le gouvernement fédéral a créé une commission d'enquête (Examen des services de santé 79) chargée d'étudier ces questions. Dans son rapport, cette commission a conclu que les provinces ne détournaient pas les contributions fédérales au titre de la santé pour les utiliser à d'autres fins, mais que la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs détruiraient sans doute le programme en créant, par une tendance rétrograde, un système double incompatible avec le type de société que les Canadiens se sont donné. La commission a aussi recommandé l'arbitrage exécutoire afin de résoudre le problème de la négociation des honoraires entre gouvernement et médecins. Les gouvernements et les corps médicaux du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan et de l'Alberta ont adopté le principe de l'arbitrage exécutoire au milieu des années 1980. Le gouvernement du Manitoba a annulé cette mesure en 1988, cependant, après que les médecins eurent obtenu des sentences arbitrales qui lui semblaient trop généreuses. L'arbitrage exécutoire a été remis en vigueur au Manitoba en août 1990, après une grève de 47 heures des médecins.

En 1980, un groupe de travail de la Chambre des communes a été formé afin d'étudier les relations financières entre le gouvernement fédéral et les provinces, y compris l'incidence du financement des programmes établis, et d'examiner si une proportion suffisante des ressources nationales servait à répondre aux besoins essentiels en matière de soins de santé. Dans son rapport intitulé *Le fédéralisme fiscal au Canada*, ce groupe de travail en est venu à la conclusion que les fonds que le gouvernement fédéral consacrait aux services de santé étaient dans l'ensemble suffisants, mais que les crédits pouvaient être augmentés dans certains secteurs précis comme celui de la médecine préventive. Il a repris les recommandations de l'Examen des services de santé concernant la surfacturation et les frais modérateurs et il est même allé un peu plus loin en recommandant l'imposition de pénalités financières aux provinces qui toléraient ces pratiques. L'Examen des services de santé et le groupe de travail de la Chambre des communes ont ainsi ouvert la voie à la *Loi canadienne sur la santé*.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

En 1984, les deux lois antérieures sur l'assurance-santé ont été refondues pour former la *Loi canadienne sur la santé*, qui maintenait les conditions d'admissibilité à l'aide financière fédérale et prévoyait des pénalités financières à l'égard des provinces autorisant la surfacturation et les frais modérateurs pour les services hospitaliers; il s'agissait là de pratiques qui, du point de vue fédéral, étaient contraires aux critères de base ouvrant droit à l'appui financier fédéral. Le gouvernement fédéral avait exposé sa position dans un livre blanc intitulé *Pour une assurance-santé universelle*, publié en 1983, dont les propositions avaient été chaudement et largement débattues par les gouvernements et les groupes visés. La *Loi canadienne sur la santé* a été proclamée le 17 avril 1984 et ses sanctions automatiques sont entrées en vigueur le 1er juillet de la même année. Ainsi, des sommes équivalant aux montants reçus par les provinces au titre de la surfacturation et de l'imposition de frais modérateurs étaient retenues sur les subventions fédérales au titre de la santé en vertu des dispositions de financement des programmes établis. Les provinces qui mettraient fin à ces pratiques dans les trois années suivantes se voyaient offrir la possibilité de recouvrer les subventions perdues, ce qu'elles ont fait en 1987. À l'échéance du 1er avril 1987, après des conflits assez sérieux avec le gouvernement fédéral à ce sujet, toutes les provinces s'étaient pliées aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé*.

À plusieurs reprises depuis 1977, le gouvernement fédéral a freiné l'augmentation de la subvention globale. En 1986, cette augmentation a été ramenée du taux de croissance du PNB à celui-ci moins 2 p. 100. Au début de 1991, la *Loi sur la compression des dépenses du gouvernement* (C-69) a gelé les transferts fédéraux pour deux ans (1990-1991 et 1991-1992), ce gel devant être suivi par un taux réduit aux taux du PNB moins 3 p. 100. Le budget fédéral de frévrier 1991 a prolongé le gel des paiements du régime du FPE jusqu'à la fin de 1994-1995. Étant donné que les montants acquis au moyen des points d'impôt continuent d'augmenter, toutes les réductions dans la croissance de la subvention globale doivent être prises à même les transferts fédéraux en espèces. Il s'ensuit que cette partie de la subvention globale diminue progressivement, ce qui amène certains observateurs à dire que le gouvernement fédéral ne pourra pas

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

appliquer les normes énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral pourrait ainsi perdre le levier qui lui permet de retenir les transferts en espèces aux provinces lorsque celles-ci autorisent des frais modérateurs ou la surfacturation. Dans le même ordre d'idées, on soutient que les pressions financières exercées sur les provinces en vue de restreindre les services seront très fortes.

D. Les problèmes auxquels doit faire face le système de soins de santé

En 1985, le coût global des services de santé au Canada, y compris les dépenses du secteur privé et de tous les paliers de l'administration publique, était de 18 fois supérieur à celui de 1960. Les services de santé requièrent aujourd'hui une portion importante des budgets des gouvernements provinciaux, qui atteint à peu près un quart au Nouveau-Brunswick et un tiers en Colombie-Britannique et en Ontario. Les médecins et les hôpitaux accaparent jusqu'à 85 p. 100 de ces crédits, et les gouvernements font instamment appel à leur aide en vue de limiter les coûts des soins de santé. Les personnes de plus de 65 ans ont très souvent recours au régime de soins de santé. On s'inquiète de ce que la population vieillissante, qui devrait doubler durant les 50 prochaines années, sera trop lourde pour le régime et augmentera encore les coûts des soins de santé. Cependant, la majorité des personnes âgées ne sont pas malades; en fait, c'est un petit groupe de "vieillards chenus", de plus de 85 ans, qui utilise le plus les soins de santé. La plupart des recherches effectuées dans ce domaine suggèrent que c'est l'utilisation fréquente et souvent peu appropriée des soins de santé par les personens âgées, et non le nombre de celles-ci, qui est le problème à résoudre. À cet égard, le Canada peut s'inspirer de l'expérience des pays européens, dont le pourcentage de personnes âgées est, depuis vingt ans, celui que le Canada devrait avoir d'ici 2031. Parallèlement, les gouvernements cherchent à promouvoir les mesures de santé autres que les soins actifs et réorientent leurs efforts en consacrant des fonds aux services de soins à domicile, aux cliniques communautaires et aux programmes de lutte contre les causes de la maladie et de l'invalidité, notamment l'alcoolisme, le tabagisme et la pollution. Les organisations communautaires demandent avec instance aux gouvernements de prendre des mesures pour réduire la pauvreté, qu'elles qualifient de symptôme avant-coureur important de la mauvaise santé et de l'invalidité.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Les résultats des recherches indiquent que l'écart entre l'espérance de vie des riches et des pauvres se réduit, mais qu'il demeure important. Parallèlement, alors que la mortalité infantile a été réduite de près de la moitié depuis 1971, le taux reste presque deux fois plus élevé chez les pauvres que chez les riches.

Le système des soins de santé s'est toujours appuyé sur un modèle médical de la santé et, par conséquent, a toujours privilégié le traitement et la prévention des maladies et visé à éviter la mort prématurée. Depuis la Confédération, on a énormément réduit les ravages causés par la mauvaise santé. Les premiers progrès sont venus avec l'amélioration des conditions socio-économiques et les mesures de santé publique liées à l'évolution de la médecine. Par exemple, l'adoption en 1920 de la *Loi des aliments et drogues* a assuré la bonne qualité des aliments et des médicaments. D'autres textes de loi, dont la *Loi sur l'inspection des viandes*, la *Loi sur l'inspection du poisson* et la *Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation*, ont contribué dans une mesure importante à préserver et à améliorer la valeur nutritive des aliments. Ces lois montrent bien que notre politique en matière de santé exige très souvent la coopération de plusieurs autres ministères, notamment ceux de l'Agriculture, des Pêches et des Océans ainsi que de la Consommation et des Corporations. Elles ont entraîné une baisse des taux de morbidité et de mortalité et, après le milieu de notre siècle, un changement marqué dans l'incidence des maladies. Ainsi, beaucoup de maladies infectieuses jusque-là répandues, comme la variole et la diphtérie, ont été pratiquement éliminées. Graduellement, on s'est mis à envisager l'établissement d'un régime national d'assurance-maladie qui faciliterait à la population en général l'accès à de meilleurs services de santé.

Les *Propositions du Livre vert* sur la reconstruction de l'après-guerre, publiées en 1945, suggéraient entre autres l'établissement d'un régime national d'assurance-santé qui engloberait les soins hospitaliers et les soins médicaux. Ces suggestions n'ont pas été retenues à l'époque, mais l'idée d'un régime national d'assurance-santé n'en est pas moins devenue un sujet d'intérêt et de débat publics. La Saskatchewan a créé son régime d'assurance-hospitalisation en 1947, bien avant d'avoir droit à l'aide financière du gouvernement fédéral à ce chapitre, et, en

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

1955, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* a entraîné la création d'un régime national d'assurance-hospitalisation. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) écrivait dans son rapport que "les découvertes des sciences de la santé" n'étaient toujours pas à la portée de tous les Canadiens et que l'établissement du régime universel de services de santé qu'elle recommandait constituait "l'utilisation la plus efficace des ressources de santé de la nation pour atteindre les plus hauts niveaux de bien-être physique et mental". En 1966, la *Loi sur les soins médicaux* prévoyait la mise sur pied d'un régime public d'assurance-santé. La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 résulte de la refonte des deux lois précédentes et elle a rendu l'aide financière fédérale conditionnelle à l'abolition de la surfacturation et des frais modérateurs pour les services hospitaliers.

Depuis l'avènement de l'assurance-maladie, le paiement à l'acte et les pouvoirs décisionnels discrétionnaires des médecins sont de plus en plus remis en cause. Avec l'élimination de la surfacturation, les médecins ont cédé aux provinces le pouvoir de déterminer le prix de leurs services. La controverse continue d'entourer la question des frais administratifs, la définition des services assurés et les augmentations générales du barème des tarifs. Selon certaines recherches, les contraintes imposées aux médecins pour ce qui est de leurs honoraires pourraient les inciter à augmenter le nombre de leurs consultations et à offrir plus de services. Dans cette perspective, il faut exercer des contrôles sur l'utilisation des services. Une autre solution mise à l'essai par certains gouvernements provinciaux, particulièrement ceux du Québec et de l'Ontario, consiste à instaurer la médecine de groupe en établissant des cabinets et des cliniques recevant un budget proportionnel au nombre de patients ou un budget global (comme dans le cas des Health Maintenance Organizations aux États-Unis) en vertu de contrats avec le régime public d'assurance-maladie. L'Ontario est la première province à envisager un projet de loi pour délivrer des licences aux cliniques de santé indépendantes, pour les réglementer et pour les financer.

Certains spécialistes soutiennent toujours qu'en raison de l'augmentation des coûts des soins de santé, il se pourrait qu'on doive

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour faire payer les patients qui reçoivent des services médicaux et hospitaliers "non essentiels"; on pourrait alors limiter la demande de ces services qui, selon eux, contribuent à la hausse des coûts. D'autres rejettent cette solution, craignant que la définition de ce qui est "non essentiel" soit trop vague et arbitraire et permette de déroger au principe de l'universalité d'accès aux soins de santé. Le gouvernement de l'Alberta a cherché à soustraire la ligature des trompes et la vasectomie à l'assurance-maladie; celui de la Colombie-Britannique a voulu en faire autant pour l'avortement, et celui du Nouveau-Brunswick a proposé de faire payer les cancéreux qui prennent des lits de malades externes dans les hôpitaux. Toutes ces démarches ont cependant dû être abandonnées devant l'indignation du public ou, comme dans le cas de la Colombie-Britannique, elles ont été rejetées par les tribunaux. Dernièrement, le gouvernement de la Colombie-Britanique a restreint le financement destiné à la mammographie,qui permet de déceler le cancer du sein à ses débuts.

Les infirmières et infirmiers et les autres travailleurs de la santé se sont aussi opposés à certaines mesures visant à réduire les coûts des soins de santé parce qu'ils les estiment contraires à leurs intérêts. Les grèves des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de l'Alberta et du Québec sont symptomatiques de cette tendance.

La controverse suscitée par le financement de l'appareil des soins de santé dure toujours. Dans l'intervalle, les gouvernements provinciaux doivent continuer d'assurer les soins actifs que le public en est venu à attendre d'eux. La Colombie-Britannique aura été la première province à conclure une entente officielle aux termes de laquelle ses habitants nécessitant un pontage sont envoyés aux États-Unis pour la chirurgie de façon à réduire l'arriéré. Les médias laissent entendre que le Régime d'assurance-santé de l'Ontario a versé jusqu'à 30 millions de dollars aux centres de désintoxication des États-Unis en 1990. Les critiques craignent que les ententes de ce type n'augmentent les pressions exercées sur les ressources financières déjà insuffisantes du régime des soins de santé. On peut d'ailleurs s'attendre que les ressources soient de plus en plus grevées étant donné le vieillissement de la population,

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

l'épidémie de SIDA et le rejet par la Cour suprême du Canada de la loi contre l'avortement. La situation des provinces est d'autant plus difficile que les progrès de la technologie médicale, un excédent imminent de médecins, les barèmes d'honoraires, les négociations salariales avec les professionnels et les travailleurs de la santé et l'absence de mesures d'incitation au rendement dans les hôpitaux font grimper les coûts. De nombreuses provinces, dont le Québec, l'Ontario, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan, ont récemment entrepris des études exhaustives de leurs services de soins de santé, et les premiers ministres provinciaux ont annoncé en août 1988 qu'ils étudieront le financement futur des soins de santé au cours de trois symposiums nationaux qui seront organisés en 1989. En général, les gouvernements craignent que s'ils continuent d'assurer les services de santé selon le modèle traditionnel, la note à acquitter ne soit exorbitante.

En décembre 1989, le ministre de la Santé du Canada et ses homologues des provinces ont annoncé l'établissement d'un centre national chargé de coordonner l'évaluation des technologies nouvelles. Ce centre permettra les échanges d'informations sur les technologies récentes en matière de santé.

Beaucoup de professionnels de la santé soutiennent que le sous-financement des services de soins de santé fait peser une menace grave sur la santé des Canadiens. En juin 1990, dans son rapport intitulé *L'accessibilité des services hospitaliers - y a-t-il une crise?* , le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concluait que le Canada fera sans doute face à une crise au sujet de l'accessibilité aux services de santé, à moins qu'il ne prenne sans délai les mesures qui s'imposent. Par contre, des analystes de la politique de santé, ainsi que le gouvernement fédéral, font valoir que si l'on consacrait davantage de fonds au système existant, cela n'améliorerait nécessairement pas l'état de santé actuel de la population. Ils affirment que c'est en insistant sur la promotion de la santé et la prévention que nous avons les meilleures chances d'améliorer la santé publique et de contrôler le coût des services. Le Dr Robin Walker, vice-président du Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, a

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

déclaré devant le Comité permanent de la santé et du bien-être social, le 2 mai 1988, qu'on pourrait épargner des millions de dollars par année en réduisant d'aussi peu que de 1 p. 100 le taux des naissances prématurées. Celles-ci coûtent au Canada environ 100 000 $ par année chacune. Elles sont le plus fréquentes chez les jeunes mères qui ont de piètres conditions de santé et de vie. En fait, des mesures préventives et des programmes de promotion de la santé visant à modifier les habitudes et les conditions qui nuisent à la santé (par exemple, l'obésité, la mauvaise alimentation, l'inactivité et la consommation de drogue) amélioreraient l'état de santé de nombreux Canadiens et contribueraient, à long terme, à réduire la pression qui s'exerce sur le financement des soins de santé. Dans l'intervalle, de nombreux observateurs estiment qu'il est nécessaire d'envisager des moyens d'administrer les services de santé afin que les soins de bonne qualité deviennent plus accessibles et plus économiques.

Les effets éventuels de l'Accord de libre-échange Canada - États-Unis sur le régime canadien de soins de santé ont été l'objet de maintes conjectures et ont suscité beaucoup de controverse. Les experts en la matière s'entendent pour dire que le secteur privé jouera un plus grand rôle dans la gestion des établissements et des programmes de soins de santé par suite de l'Accord; toutefois, la question de savoir si cette tendance constitue une menace pour le régime d'assurance-maladie ne fait pas l'unanimité. Les partisans de la privatisation soutiennent que les gouvernements n'ont plus les moyens d'assumer les coûts de plus en plus élevés des soins de santé et que, par souci d'efficience et d'efficacité et pour répondre aux besoins de la population, ils doivent encourager une plus grande participation du secteur privé dans ce domaine. Les États-Unis, où l'on trouve les sociétés les plus en vue et les plus importantes dans ce domaine, sont intéressés depuis longtemps à pénétrer le marché canadien. Selon les adversaires de la privatisation, les entreprises spécialisées dans les soins de santé, animées par la recherche du profit, saperont le régime de santé du Canada en écrémant les secteurs rentables. On se retrouvera donc avec un système à deux paliers: d'un côté, les personnes qui peuvent se le permettre auront accès à des soins de santé de qualité dans des établissements privés, et de l'autre, les personnes qui n'en ont pas les moyens devront se contenter de services de qualité inférieure. À

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

cet égard, les critiques citent en exemple les États-Unis, où les nantis ont accès à des soins de santé de très haute qualité alors que 35 millions de personnes environ bénéficient d'aucune assurance-santé. En outre, aux États-Unis, les soins de santé comptent pour 10,6 p. 100 du PNB, comparativement à seulement 8,6 p. 100 au Canada.

E. La promotion de la santé

Depuis le début des années 70, les changements démographiques et les courbes d'incidence des maladies indiquent que si l'on espère améliorer l'état de santé des Canadiens, il faudra faire appel à la promotion de la santé. Des facteurs tels que le vieillissement de la population et l'incidence élevée de certains états et maladies invalidants liés au mode de vie, notamment les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les accidents et les maladies mentales, ont amené les gouvernements à attacher plus d'importance à la réduction des risques de maladie, au dépistage rapide des problèmes de santé et à l'amélioration des stratégies axées sur la réadaptation et l'autonomie. En 1974, dans un document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail,* M. Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, énonçait les grandes lignes d'une planification dans ce domaine.

Bien que semblable aux mesures préventives associées à la notion "classique" de la santé publique, la promotion de la santé est une approche "holistique" qui tient compte de la population globale dans son environnement physique et social. Elle touche des facteurs comme la pollution de l'environnement, la violence familiale, les accidents de la route, le stress et les risques courus en milieu de travail, qui débordent, à strictement parler, la portée de la politique en matière de santé. La promotion de la santé implique donc l'harmonisation de la politique en matière de santé avec d'autres politiques. Cette nouvelle approche de la santé publique est également holistique dans la mesure où elle s'applique à l'ensemble de la personne dans son environnement quotidien. Elle considère la santé comme un état que l'individu s'efforce de conserver et non seulement comme le résultat de la guérison, du traitement ou de la prévention de la maladie et des accidents. Dans le domaine de la santé proprement dit, la promotion de la santé suppose le partage des

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

responsabilités et des ressources entre, d'une part, les gouvernements et les professionnels de la santé et, d'autre part, les individus qui prennent l'initiative de veiller eux-mêmes à leur santé, sans oublier les groupes communautaires et d'autres groupes de soutien que l'on ne comptait pas jusqu'ici parmi les intervenants en matière de santé.

En 1977, le Canada a souscrit au programme de planification de la santé et à l'initiative politique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la "Santé pour tous d'ici l'an 2000". Dans la foulée du rapport Lalonde, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada ont effectué, en 1978-1979, une enquête sur la santé qui, contrairement aux précédentes, reposait sur l'approche de la promotion de la santé. Intitulée "Enquête Santé-Canada", elle a permis de recueillir des données non seulement sur la maladie et l'invalidité, mais aussi sur les facteurs démographiques connexes relatifs au mode de vie et aux usages en matière de médecine préventive. En 1985, l'Enquête nationale sur la promotion de la santé a mis à jour l'information recueillie au cours de l'enquête précédente et a fourni des renseignements complets permettant d'établir dans quelle mesure les individus sont conscients de leurs comportements et quelle est leur attitude à l'égard de ces comportements. Une des principales conclusions de cette deuxième enquête a été que le fait de bien connaître les questions relatives à la santé et de croire en leur importance n'entraîne pas nécessairement une amélioration de la santé ni un changement dans les comportements. En d'autres mots, la sensibilisation du public ne constitue pas, à elle seule, une stratégie préventive efficace. En novembre 1986, lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa, M. Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a présenté un plan de promotion de la santé dans un document intitulé *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Le ministre y traitait des trois défis que l'appareil des soins de santé du Canada devait relever, selon les résultats de l'Enquête nationale sur la promotion de la santé, c'est-à-dire:

1) remédier au mauvais état de santé des groupes à faible revenu, des enfants, des femmes, des personnes âgées, des autochtones et des immigrants;

2) lutter contre les modes de vie néfastes et les comportements à

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

risque, comme le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation d'aliments trop gras, qui contribuent au cancer du poumon, à la cirrhose du foie, aux maladies cardio-vasculaires et aux accidents de la route;

3) amener les particuliers, les familles et les communautés à imaginer des moyens de se tirer d'affaire pour résoudre les problèmes associés aux maladies chroniques qui accompagnent le vieillissement, la santé mentale et d'autres états qui interdisent une vie personnelle et sociale normale.

Selon le document, les meilleurs moyens de relever ces défis sont les initiatives personnelles, c'est-à-dire les décisions et les mesures que les individus prennent dans l'intérêt de leur propre santé, l'entraide, c'est-à-dire les actes que les gens posent pour s'entraider, et un environnement sain, c'est-à-dire la création de conditions et d'un entourage favorables à la santé. Le document propose trois stratégies pour créer ces mécanismes: stimuler la participation du public, améliorer les services de santé communautaire et coordonner les politiques publiques favorisant la santé.

Nous avons fait des progrès dans la promotion de la santé: le public est mieux sensibilisé aux bienfaits de l'exercice physique et d'une bonne alimentation, les gouvernements ont lancé des campagnes de lutte contre le tabagisme, la loi a rendu obligatoire l'utilisation des ceintures de sécurité dans les automobiles et le gouvernement fédéral s'est engagé à consacrer 30 millions de dollars par année à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées grâce à des programmes d'éducation et de développement de l'autonomie personnelle. La politique de promotion de la santé commence à peine à avoir des effets sur l'appareil des soins actifs axés sur la maladie. Les intervenants mettent au point des solutions de rechange à l'hospitalisation de longue durée des personnes âgées, des services de réadaptation après l'hospitalisation et des programmes peu coûteux de prévention et de développement de l'initiative personnelle afin d'utiliser de façon plus rationnelle le personnel et les ressources dans le domaine de la santé.

De plus en plus de professionnels et de spécialistes de la santé conviennent qu'il est beaucoup moins coûteux et plus avantageux à long terme d'insister sur la promotion de la santé et la prévention que de traiter la maladie lorsqu'elle s'est déclarée. Parmi les initiatives prises récemment en vue d'assurer la promotion de la santé, on note un

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

programme fédéral visant à lutter contre l'abus de l'alcool et la consommation de drogues dans les écoles primaires et secondaires. Le gouvernement fédéral et celui du Manitoba ont aussi annoncé l'établissement, à Winnipeg, d'un nouveau centre de recherches chargé d'élaborer et de commercialiser des produits et des services de santé spéciaux pour aider les personnes âgées et handicapées à vivre à domicile en toute sécurité. Certains observateurs laissent entendre qu'on ne procédera à une réorientation de l'appareil des soins de santé que lorsque le public l'exigera, après s'être rendu compte qu'elle est plus valable que l'approche scientifique et technologique qui caractérise le système actuel.

Certains experts croient que les tendances du marché du travail ont beaucoup à voir avec la santé publique. Par exemple, ils craignent que la multiplication des emplois à temps partiel rémunérés au taux minimum, au détriment des emplois assurés à plein temps, n'entraîne une hausse de la pauvreté au Canada. Or, les personnes qui vivent dans la pauvreté ont tendance à mal se nourrir et à éprouver un sentiment de désespoir qui peut les amener à prendre moins soin d'elles et à adopter un style de vie susceptible de nuire à leur santé. Les tendances observées en matière d'emploi pourraient donc annuler les progrès accomplis à ce jour quant à la promotion de saines habitudes de vie.

Par ailleurs, l'état de santé des autochtones ainsi que le niveau et l'utilité des services qui leur sont offerts exigent plus d'attention qu'on leur en accorde actuellement. Une enquête fédérale sur les services a été entreprise en septembre après que quatre Cris eurent fait une grève de la faim pour protester contre les services offerts à l'hôpital de zone de Sioux Lookout en Ontario.

MESURES PARLEMENTAIRES

La *Loi constitutionnelle de 1867* contient peu de mentions directes des responsabilités des gouvernements en matière de santé parce qu'à l'époque, les pouvoirs publics s'occupaient très peu de ce domaine.

En 1957, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* a établi un régime national d'assurance-hospitalisation.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

En 1966, la *Loi sur les soins médicaux* a établi un régime national d'assurance-santé.

En 1977, la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* a remplacé par un régime de financement global les accords de partage égal du coût de l'assurance-santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

En 1984, la *Loi canadienne sur la santé* (projet de loi C-3), refonte des dispositions des deux lois précédentes sur l'assurance-santé, a confirmé et accru la participation du gouvernement fédéral à un régime contributif national d'assurance-santé universelle.

La *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces de 1977* (C-96), qui a été adoptée en 1986, freine la croissance de la subvention globale, la ramenant du taux du PNB au taux du PNB moins 2 p. 100.

La *Loi sur la compression des dépenses du gouvernement* (C-69) de 1991 gèle la subvention globale pendant deux ans (1990-1991 et 1991-1992), pour ensuite ramener la croissance de la subvention au PNB moins 3 p. 100. Le budget de 1991 prolonge le gel jusqu'en 1994-1995.

CHRONOLOGIE

1867 - Les seules dispositions relatives à la santé que comporte la *Loi constitutionnelle* font relever les hôpitaux de marine et la quarantaine du gouvernement fédéral et les hôpitaux, asiles et institutions et hospices de charité, des provinces.

1957 - Les *Propositions du Livre vert* sur la reconstruction d'après-guerre comportent des recommandations relatives à un régime national d'assurance-santé.

1957 - La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* établit un régime national d'assurance-hospitalisation.

1964 - Dans son rapport, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) prône la création d'un régime national d'assurance-santé.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

1966 - La *Loi sur les soins médicaux* crée un régime national d'assurance-santé.

1974 - M. Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, publie *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens - un document de travail*, qui propose une nouvelle approche à la planification de la santé.

1977 - La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* prévoit que pour obtenir une aide financière du gouvernement fédéral, une province doit prouver que son régime satisfait aux critères fédéraux en matière d'assurance-santé.

1980 - D'après *l'Examen des services de santé 1979*, la surfacturation et les frais d'utilisation des services hospitaliers mettent en péril le principe de l'accès raisonnable aux soins de santé.

1980 - Le groupe de travail de la Chambre des communes, tout en reprenant les recommandations de l'Examen des services de santé concernant l'imposition de pénalités financières aux provinces qui continuent à permettre la surfacturation et les frais modérateurs, conclut que les crédits fédéraux consacrés au système de soins de santé sont suffisants.

1981 - Publication de *La santé des Canadiens: rapport de l'Enquête Santé Canada*, qui contient de l'information non seulement sur la maladie et l'invalidité, mais aussi sur les modes de vie, l'environnement et les facteurs socio-économiques qui ont une influence sur la santé.

1984 - La *Loi canadienne sur la santé*, refonte des deux lois précédentes, confirme et accroît la participation fédérale à un régime contributif national d'assurance-santé universelle.

juin 1986 - La *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* de 1977 freine la croissance de la subvention globale, la ramenant du taux du PNB au taux du PNB moins 2 p. 100.

novembre 1986 - Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, M. Jake Epp, publie un document de travail intitulé *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Le document, présenté lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé, énonce une politique de promotion de la santé pour le Canada.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

avril 1987 - Les principales conclusions de *l'Enquête nationale sur la promotion de la santé* e 1985 sont publiées dans le *Rapport Action Santé*. C'est la première fois que l'on recueille des données sur les connaissances et les attitudes du public à l'égard de certains modes de vie, comportements et habitudes préventives en vue de concevoir une stratégie éclairée de promotion de la santé.

septembre 1988 - Dans son *Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé au Canada: faits et questions à l'étude*, le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes fait valoir qu'il faudra s'attaquer aux questions des soins en établissement, des professionnels de la santé, de la technologie médicale, de la promotion de la santé, de l'accessibilité et du financement du système si l'on veut que le réseau puisse continuer d'offrir à la société canadienne des services de très haute qualité à un coût abordable.

juin 1990 - Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie dépose son rapport, *L'accessibilité des services hospitaliers - y a-t-il une crise?* Le rapport conclut qu'il faut prendre immédiatement des mesures en vue d'éviter une crise de l'accessibilité aux soins actifs. Il est possible, selon ce rapport, de réduire le coût des soins de santé et de continuer à fournir d'excellents services de santé.

février 1991 - La *Loi sur la compression des dépenses du gouvernement* gèle les transferts aux provinces pendant deux ans (1990-1991 et 1991-1992), pour ensuite ramener la croissance de la subvention au PNB moins 3 p. 100.

juin 1991 - Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine de la Chambre des communes dépose son rapport, intitulé *Le régime de soins de santé au Canada et son financement: des choix difficiles*. Il y conclut que le régime de soins de santé est miné par divers problèmes dont bon nombre ne peuvent être résolus par un simple accroissement des dépenses. Il préconise plutôt de répartir les ressources de façon plus rentable et plus convenable au sein d'un régime qui reconnaît que la santé va bien au-delà de la prestation de soins hospitaliers et médicaux.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Bégin, Monique. *L'assurance-santé: plaidoyer pour le modèle canadien.* Montréal, Boréal, 1987.

Chrichton, Anne et David Hsu, avec l'aide de Stella Tsang. *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization.* Ottawa, Canadian Hospital Association Press, 1990.

Epp, Jake, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé.* Ottawa, 1986.

Evans, Robert G. et Greg L. Stoddart (éd.). *Producing Health, Consuming Health Care.* Hamilton, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, document n° 90-6, 1990.

Hall, Emmett M., Commissaire spécial, Examen des services de santé '79. *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980: engagement au renouveau.* Ottawa, 1980.

Johnson, A.W. *Social Policy In Canada: The Past As It Conditions The Present.* Ottawa, Institut de recherches politiques, 1987.

Lalonde, Marc, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail.* Ottawa, 1974.

Lewis, Steven J. *Aging and Health: Linking Research and Public Policy.* Lewis Publishers, Michigan, 1989.

Manga, Pran. *The Canada-U.S. Free Trade Agreement: Possible Implications on Canada's Health Care System.* Document n° 348. Ottawa, Conseil économique du Canada, mai 1988.

Rachlis, Michael et Carol Kushner. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix it.* Toronto, Collins Publishers, 1989.

Regush, Nicholas. *Condition Critical: Canada's Health Care System.* Toronto, Macmillan, 1987.

Santé et Bien-être Canada. *Le Rapport action santé: perspectives à partir de l'Enquête promotion santé Canada, 1985.* Ottawa, Ministre des approvisionnements et Services, 1987.

Scarpaci, Joseph L. (éd.). *Health Services Privatization in Industrial Societies.* Rutgers University Press, Nouveau-Brunswick, 1989.

Sutherland, Ralph W. et M. Jane Fulton. *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services.* Ottawa, The Health Group, 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Taylor, Malcolm G. *Health Insurance and Canadian Public Policy.* 2e édition. Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1987.

Tuohy, Carolyn J. "Medicare and the State in Canada: The Extra-Billing Issue in Perspective". *Revue canadienne de science politique,* vol. XXI, n° 2, juin 1988.

White, Franklin, M.D. "The Environment of Medicine in the 21st Century: Implications for Preventive and Community Approaches". *Canadian Medical Association Journal,* vol. 136, mars 1987.

Wilkins, Russell, Owen Adams et Anna Brancker, *Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986: Diminishing Absolute Differences, Persistence of Relative Inequality.* Division de la politique de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Division de la santé, Statistique Canada, Ottawa, juin 1989.